

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BOURDILLON ANDRÉ-MARIE-CAMILLE-LOUIS-JULIEN

Né à Marseille, le 11 Octobre 1893

CONTRIBUTION A L'ETUDE

des

**Généralisations Cutanées
du Cancer Gastrique**

Président : M. JEANSELME

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine



MARSEILLE
TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE ANT. GED

48, rue Paradis, 48

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BOURDILLON ANDRÉ-MARIE-CAMILLE-LOUIS-JULIEN

Né à Marseille, le 11 Octobre 1893

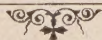
CONTRIBUTION A L'ETUDE

des

**Généralisations Cutanées
du Cancer Gastrique**

Président : M. JEANSELME

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine



MARSEILLE
TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE ANT. GED

48, rue Paradis, 48

—
1926

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRÉNANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT.
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses	DELBET.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	ROGENT.
Clinique propédeutique	SERVIERE.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Professeur sans chaire	

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.....	Chimie biologique.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.

MM.

HEITZ-BOYER.....	Urologie.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE (Henri).....	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RICHTER Fils.....	Physiologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VELTER.....	Ophthalmologie.

III. - AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

M. RETTERER.....	Histologie.
TANON.....	Pathologie médicale.

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.....	Clinique médicale.
LEREBOULLET.....	Clinique médicale infantile.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
LEPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

V. - CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....

FREY.....

CHAILLEY-BERT.....

LEDoux-LEBARD.....

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.

Education physique.

Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR CH. BOURDILLON

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR CH. BOURDILLON
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR JULES BOURDILLON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR JEANSELME

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

De Marseille :

- M. le Professeur IMBERT.
- M. le Professeur DELANGLADE (in memoriam).
- M. le Docteur ROUX DE BRIGNOLLES (in memoriam).
- M. le Professeur AUBERT.
- M. le Professeur LAGET (in memoriam).
- M. le Professeur ESCAT (in memoriam).

De Paris :

STAGE :

- M. le Docteur LOUSTE.
- M. le Docteur HALBRON.
- M. le Docteur LÆDERICH.
- M. le Docteur BRUHL.

EXTERNAT :

- M. le Docteur MILIAN.
- M. le Docteur GRENET.
- M. le Professeur VAQUEZ.
- M. le Docteur LOUSTE.
- M. le Docteur SOUQUES.
- M. le Docteur M. PINARD.

A MM. le Professeur agrégé GOUGEROT, le Docteur LECONTE (in memoriam) *Médecins des Hôpitaux.*

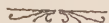
CL. SIMON, *Médecin de St-Lazare*; BOUDON et G. HUC, *anciens internes des Hôpitaux de Paris.*

A mon ami le Docteur Henri BARUCK, *anc. int. des Hôpit. de Paris, chef de clinique à la Faculté*, dont l'aide et les conseils m'ont été si précieux au cours de mes études médicales. Je lui dois l'idée de ce travail; il m'en a fourni les éléments. Qu'il trouve ici l'expression de mon amitié et de ma reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
GÉNÉRALISATIONS CUTANÉES
DU CANCER GASTRIQUE



INTRODUCTION

Parmi les nombreuses métastases du cancer gastrique, les métastases cutanées semblent avoir relativement peu retenu l'attention.

La plupart des traités classiques se bornent à signaler l'apparition possible de localisations cancéreuses secondaires au niveau de la région ombilicale ou de la ligne blanche. Cet envahissement de la paroi abdominale, sur lequel avaient insisté Wickam Leeg, et à sa suite de nombreux auteurs, constitue une manifestation d'ordre assez banal, et traduit l'extension de proche en proche de la tumeur.

Beaucoup plus intéressantes sont les métastases cutanées à distance : celles-ci peuvent être de deux ordres. Dans un premier groupe de faits, il s'agit d'un ou de plusieurs gros nodules épithéliomateux, apparaissant à la suite d'une lymphangite cancéreuse plus ou moins étendue : il en est ainsi dans une observation de Maunoury, dans laquelle on vit se développer, au cours de l'évolution d'un cancer gastrique, une plaque indurée, irrégulière, envahissant, en quelques jours, la plus grande partie du triangle sus-claviculaire droit. L'examen histologique montra, dans cette plaque, l'existence de nombreuses cellules cancéreuses métastatiques, et d'une lymphangite de même nature très étendue. Des manifestations analogues ont été rapportées par divers auteurs, notam-

ment, par Geipel de Dresde, et surtout par Géraudel, qui les attribuent à un envahissement lymphatique rétrograde.

Dans un deuxième ordre de faits, il ne s'agit plus de gros nodules cancéreux de nombre limité, et localisés à quelques points des téguments, mais d'une véritable *éruption généralisée* à presque toute l'étendue de la peau. *C'est cette dernière variété de métastases cutanées généralisées du cancer gastrique* que nous étudierons dans ce travail.

Ces métastases cutanées généralisées paraissent, dans l'ensemble, assez rares. Dans une statistique récente, rapportée par Nobuyoschi Suzuki, elles ne sont mentionnées qu'une fois en moyenne, sur plus de deux mille cas de cancers viscéraux profonds. Parmi ces derniers, le cancer gastrique tient la première place : sur un total de 97 cancers viscéraux accompagnés de métastases cutanées, on note, en effet, les proportions suivantes :

Cancer gastrique....	34	pour cent,
Cancer intestinal	12,4	pour cent,
Cancer utérin	15,5	pour cent.

Si l'on consulte la littérature médicale, on constate cependant qu'elles ont été incidemment signalées par quelques auteurs : Henocque, dans son traité, insiste sur l'existence, dans certains cas de cancer stomacal de nombreux petits nodules cutanés, notamment sur le côté gauche du cou. Dans une observation publiée en 1876 à la Société anatomique, Mercklen rapporte l'histoire d'un malade de 48 ans, chez lequel la présence au niveau du thorax et de l'abdomen de petites nodosités dures permit de rattacher à l'existence d'un cancer gastrique des troubles dyspeptiques et douloureux mal caractérisés. Dans la discussion qui suivit cette présen-

tation, Charcot rappela une observation dans laquelle les mêmes nodules cutanés, coexistant avec les signes d'une affection spinale, firent découvrir l'existence d'un cancer vertébral.

Depuis lors, quelques observations, notamment celles de Ménétrier et Gauckler, de Géraudel, ont été relatées, et, tout récemment, cette question a fait l'objet d'un travail de MM. Lœper et Turpin.

Nous avons eu l'occasion de recueillir une observation personnelle de généralisation cutanée de cancer gastrique que notre ami, le Docteur H. Baruk, nous a communiquée; nous la rapportons ci-dessous, ainsi que quelques observations analogues qui nous ont paru intéressantes dans la littérature médicale.

CHAPITRE I

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Personnelle*)

Mme R. âgée de 52 ans, ménagère.

La malade entre à l'hôpital Tenon, salle Andral, le 4 juin pour des vomissements, des douleurs épigastriques et abdominales et une multitude de petites tumeurs cutanées.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Le début de la maladie remonte à il y a environ 6 mois. A cette date, à la suite, nous dit la malade, de soucis et de chagrins, surviennent des *phénomènes dyspeptiques* : anorexie, lenteur des digestions, pesanteur à l'épigastre; en même temps la malade maigrit et présente une asthénie marquée. Au bout de 3 mois, son état s'améliore légèrement, mais, brusquement un soir, à la suite de l'ingestion de moules, la malade est prise de violentes douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée. Ces symptômes persistent une quinzaine de jours avec des alternatives de rémission et d'aggravation. Au bout de ce laps de temps, la diarrhée diminue, mais c'est à ce moment que la malade constate l'apparition au niveau de la région cervicale droite, le long du sterno-mastoïdien, de *petites tumeurs dures* grosses comme une lentille, indolentes. Peu à peu et progressivement ces tumeurs se multiplient et envahissent successivement la face, la région cervicale gauche, tout le tronc, l'abdomen, la partie supérieure des cuisses. En l'espace de 3 mois, la malade voit son corps se couvrir d'une véritable éruption de petites tumeurs, qui atteint progressivement et à bas bruit son extension actuelle.

En même temps, les vomissements persistent; ils surviennent maintenant quotidiennement, tantôt immédiatement, tantôt 2 heures après le repas. Ils sont très abondants, alimentaires et bilieux : l'ingestion des aliments est très souvent suivie d'une pesanteur douloureuse à l'épigastre, soulagée par le vomissement. La malade évacue son estomac d'un seul jet, sans grand effort; pas de vomissements à jeun.

La diarrhée a cessé depuis trois semaines. La malade a, par contre, considérablement maigri, nous dit-elle. Elle est dans un état d'asthénie extrême; elle reste continuellement au lit, et est incapable de se tenir debout.

Telle est l'histoire de la maladie actuelle.

Dans les *antécédents personnels* on ne retrouve aucune maladie antérieure. La malade a eu 2 enfants (âgés respectivement de 23 ans et de 9 ans) tous deux bien portants — pas de fausses-couches. — Elle a 7 frères et sœurs : 3 sont morts, dont un frère d'un cancer de l'estomac.

A l'*examen* la malade apparaît très fatiguée et très amaigrie : les fosses temporales sont excavées, les creux sus-claviculaires très accentués. Le teint est pâle et terreux.

Mais on est tout de suite frappé, à l'inspection, de la présence d'une *multitude de petites tumeurs* occupant la presque totalité des téguments. Ce sont de petites nodosités, dont les plus grosses atteignent le volume d'un pois, les plus petites d'une lentille. Ces nodosités sont saillantes, soulevant les téguments; la peau n'est pas modifiée à leur niveau. Elles sont enfin groupées, et *excessivement nombreuses*. Elles couvrent en effet toute la face, le cou, tout le tronc, les cuisses, et descendent jusqu'au genou. Elles sont tellement rapprochées qu'elles ne laissent guère entre elles un intervalle de peau saine de plus de 2 centimètres.

À la palpation on constate que ces nodosités sont extrêmement *dures*. Certaines sont nettement sous-cutanées, d'autres sont enchassées dans le derme — elles ne sont pas douloureuses. L'impression générale qu'elles donnent au palper, est celle des téguments *criblés de grains de plomb*. On ne note, par contre, aucune tache pigmentaire, aucune tumeur

sur le trajet des nerfs. Les groupes ganglionnaires ne sont pas augmentés de volume.

Mais, dès que l'on découvre la malade, une deuxième constatation frappe l'attention, c'est *l'état des seins* : les deux seins sont en effet augmentés de volume, saillants. La palpation nous montre que toute la glande est extrêmement dure, *ligneuse*. On a l'impression d'une mamelle congelée prise en masse. La peau est mobile sur la glande et l'on ne peut déceler à aucun niveau le moindre phénomène de la peau d'orange, même au degré le plus léger. Le mamelon n'est nullement rétracté. Par contre, si l'on fait contracter le pectoral, on constate que la mamelle est largement adhérente au muscle, et qu'elle est presque complètement immobilisée, tant verticalement qu'horizontalement. L'exploration des creux de l'aisselle ne permet pas de déceler d'adénopathies.

L'examen extérieur ne montre pas d'autres faits saillants : pas de déformations osseuses ni vertébrales, les grandes lèvres sont saillantes, hypertrophiées, rougeâtres — enfin les membres inférieurs sont le siège d'un œdème blanchâtre et dépressible.

EXAMEN VISCÉRAL. — *L'Abdomen* est bombé, légèrement globuleux. La palpation permet de faire deux constatations :

1° On sent au niveau de la région épigastrique et ombilicale, un plastron qui semble superficiel, dur, mat à la percussion. Ce plastron occupe surtout la région médiane, et n'atteint pas latéralement la région des flancs.

2° Plus profondément, plus latéralement, et dans une zone plus inférieure, l'on perçoit une masse volumineuse occupant la fosse iliaque droite et la région ombilicale. Son bord inférieur et son bord gauche sont nettement délimitables. Par contre, sa limite supérieure est peu nette, et il est impossible de déterminer une démarcation entre la tumeur et le foie. Cette masse est extrêmement dure, ligneuse ; elle flotte, d'autre part, dans un liquide d'ascite et donne la sensation du glaçon. En outre, elle semble séparée de la paroi par des anses intestinales, comme en témoigne la palpation qui per-

met de produire du gargouillement, et la percussion qui décroît de la sonorité à ce niveau. Enfin cette tumeur n'est pas douloureuse.

La *percussion* permet de déceler un léger épanchement péritonéal, libre et mobile.

Le *foie* présente sa limite supérieure au niveau de la 7^e côte. Sa limite inférieure se confond avec la tumeur abdominale ci-dessus décrite.

La rate n'est pas percutable. La langue est humide, non saburrale. La diarrhée a disparu, on ne constate pas de sang dans les selles, rien au poumon, rien au cœur.

La tension artérielle au Vaquez est de 9-6.

Les réflexes sont tous normaux.

Pas de fièvre.

Enfin, la *radiographie* montre une double image *lacunaire* des plus nettes, échancrant la grande courbure de l'estomac sur presque toute son étendue.

OBSERVATION II

Métastases viscérales diverses et généralisations cutanées au cours d'un cancer de l'œsophage, par MM. CROUZON, H. BARUK et Y. BUREAU (Société Anatomique, 6 janvier 1927).

— Plat... 21 ans, chauffeur de taxi.

Il s'agit d'un malade de 21 ans, de nationalité russe, qui nous fut adressé à la Salpêtrière pour troubles mentaux caractérisés par de l'affaiblissement psychique, du mutisme, et en outre, pour la difficulté qu'on avait à l'alimenter. A son entrée on constatait surtout un état de *cachexie profonde* et d'épuisement physique, le malade se trouvait dans un amaigrissement extrême, complètement décharné, ayant à peine la force de parler. En l'interrogeant cependant avec ténacité et douceur, on constatait qu'il répondait parfaitement aux ques-

tions et l'apparence de mutisme qu'il présentait, était dû à son état de fatigue extrême ainsi qu'à sa connaissance imparfaite de la langue française.

On pouvait d'ailleurs apprendre par l'interrogatoire, que depuis 6 mois environ, le malade éprouvait une dyspepsie progressive, d'abord marquée pour les solides, le pain, la viande, puis pour les liquides. Il présentait, en outre, des régurgitations de plus en plus fréquentes qui rendaient toute alimentation à peu près impossible. Enfin, depuis deux à trois mois, il toussait et crachait.

A l'examen, le malade était dans un état de consommation et de déshydratation profonde, les masses musculaires étant disparues, l'abdomen rétracté en bateau. A l'inspection on constatait, en outre, au niveau de la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen, l'existence de *nombreuses petites tumeurs cutanées*, de la grosseur d'une lentille à une petite noisette, enchassées dans la peau, mobiles sur les plans profonds, de consistance très dure. On pouvait en compter environ une quinzaine.

L'examen de l'appareil digestif montrait une dysphagie très accentuée. ce malade ne pouvait absorber aucune alimentation ni solide ni liquide. A peine avait-il avalé un peu de lait qu'il présentait, aussitôt la déglutition terminée, un vomissement de type œsophagien tout à fait caractéristique. Rien d'anormal à la palpation de l'abdomen. Foie et rate normaux. Constipation.

Aux poumons, on constatait à l'auscultation l'existence de quelques râles humides aux bases, au sommet droit respiration soufflante avec craquements à la toux. Expectoration purulente contenant des bacilles de Koch.

Un essai d'alimentation par la sonde molle montra un obstacle au-dessus du cardia.

A la *radio*, on notait un arrêt de la bouillie barytée au niveau du diaphragme avec une dilatation de l'œsophage au-dessus de l'obstacle, aucune trace de bismuth dans l'estomac.

Après une légère amélioration à la suite d'injections d'atropine, le malade succomba cinq jours après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on note l'existence d'une multitude de petites tumeurs blanchâtres disséminées sur la paroi du thorax et sur les franges graisseuses du péricarde.

Aux poumons, on note au sommet droit une zone de ramollissement avec cavernules. Adénopathies volumineuses le long de la colonne vertébrale.

Œsophage et Estomac. — Extérieurement l'œsophage et l'estomac présentent un aspect normal, à l'exception d'une zone de striction un peu au-dessus du cardia. Une incision longitudinale montre une tumeur dure occupant le cardia et la partie terminale de l'œsophage et remontant à 4 centimètres au-dessus du cardia. Cette tumeur infiltre la paroi œsophagienne et bombe dans la lumière du conduit qu'elle obture en grande partie.

L'estomac est petit d'aspect normal, à noter deux ganglions manifestement cancéreux le long de la partie toute supérieure de la petite courbure, l'un du volume d'une noisette l'autre plus petit.

Le *duodenum* et le *pancréas* sont intacts.

Le *foie* présente plusieurs noyaux cancéreux.

Cœur. — Sur la paroi antérieure du ventricule droit, au niveau du sillon inter-auriculo-ventriculaire, on voit de petits noyaux néoplasiques arrondis, du volume d'une petite lentille, faisant légèrement saillie sur la surface externe du cœur et pénétrant en partie dans le myocarde.

Il existe un autre noyau plus volumineux des dimensions d'un petit pois dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire antérieure au niveau de la base de l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Enfin à noter un autre petit noyau, gros comme une tête d'épingle sur la paroi du ventricule gauche à l'union de la face antérieure et de la face postérieure.

Les cavités du cœur sont normales.

Surrénales. — La capsule surrénale gauche est volumineuse bien qu'ayant conservé sa forme. A la coupe elle paraît complètement envahie par le tissu cancéreux.

Surrénale droite : normale.

Rein gauche : très petit poids.

Rein droit : normal.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — L'examen de l'œsophage montre un épithélioma pavimenteux caractéristique, de toute la portion terminale de l'œsophage.

On constate des métastases épithéliales absolument identiques au niveau du foie, de la surrénale gauche, et des noyaux du myocarde. Il faut noter, cependant, que plusieurs des noyaux myocardiques présentent un aspect inflammatoire avec nombreuses cellules rondes, dégénérescence nécrotique des fibres myocardiques.

OBSERVATION III

MM. LÉPER ET R. TURPIN (*Archives des Mal. de l'App. digestif*, T. XIV, n° 4 Avril 1924).

Il s'agit d'un homme de 65 ans, dans un état de cachexie extrême, et dont l'habitus seul, l'aspect squelettique du thorax, la coloration et la sécheresse des téguments évoquent l'idée de néoplasie. Cette hypothèse apparaît encore plus vraisemblable, après constatation des nodules sous-cutanés. Ceux-ci sont de dimensions très variables. Au niveau de la région deltoïdienne droite, existe une véritable tumeur du volume d'une petite mandarine, adhérente au revêtement cutané, nettement circonscrite, encore un peu mobile sur les plans profonds, et non douloureuse. Les autres nodules présentent des dimensions plus réduites (d'un pois ou d'une noisette). Au nombre de quatorze, ils se trouvent, pour la plupart, répartis de façon irrégulière sur la paroi abdominale antérieure surtout, et sur la face postérieure du thorax. Cer-

tains apparaissent cependant en dehors de ces régions : l'un sur le bord antérieur de la clavicule ; un autre, le long du bord supérieur du muscle trapèze du côté gauche, deux autres aux faces externe et interne du bras, un troisième près du bord cubital de l'avant-bras droit.

Toutes ces nodosités sont de consistance dure, ligneuse, adhérentes au revêtement cutané, mobiles sur les plans profonds. Il ne existe pas d'adénopathie appréciable aux régions cervicale, axillaire et inguinale.

Ces petites tumeurs, complètement indolores, inquiètent peu le malade qui vient à l'hôpital uniquement pour des troubles digestifs. D'après le caractère même des signes fonctionnels et bien que l'exploration physique soit à peu près négative, il est facile d'attribuer ces troubles à une lésion de l'estomac. Un examen radiologique permet de localiser à la portion horizontale de l'organe une tumeur, vraisemblablement un épithélioma. Il n'y a pas d'hémorragie, le suc gastrique est hypoacide, le pylore paraît indemne.

L'exploration des autres viscères est négative : le foie est petit et régulier ; les modifications urinaires sont en rapport avec l'état de dénutrition du malade.

La nature métastatique des éléments observés ne fait aucun doute ; les nodules sous-cutanés sont contemporains de l'évolution de la tumeur gastrique et leur nature épithéliale ressort déjà d'une biopsie effectuée dans le service du Dr Macaigne, quatre mois auparavant.

EXAMEN NÉCROPSIQUE. — Après deux injections de formol l'une dans l'abdomen, l'autre à la périphérie de quelques nodules, l'autopsie est pratiquée le 31 mars.

Le péritoine apparaît intact sans généralisation néoplasique, ni exsudat.

L'estomac est petit, une tumeur intéresse la portion horizontale de l'organe, jusqu'à l'antra prépylorique. C'est un cancer infiltré squirrheux, dont le point de départ, après incision de l'estomac, semble être hilaire ; la moitié inférieure de

l'organe apparaît rigide et tortueuse. Les mésos environnants ne sont pas infiltrés. Il n'existe pas d'adénopathies appréciables. L'exploration complémentaire des différents segments du tube digestif ne révèle rien que de normal.

Le foie est congestionné, sans métastases macroscopiquement appréciables, et la vésicule est remplie de calculs mais non cancérisée.

Les reins sont sains, du moins à l'œil nu; à la coupe, il existe un kyste du rein gauche.

Le cœur est petit, l'aorte est légèrement athéromateuse. Il n'existe pas de métastases pulmonaires non plus que d'adénopathies appréciables du hile.

Deux faits, à l'examen nécropsique de ce malade, méritent plus particulièrement de retenir l'attention. Les capsules surrénales sont bosselées, dures, très augmentées de volume et paraissent néoplasiques.

D'autre part, les nodules métastatiques sont disséminés dans un grand nombre d'espaces conjonctifs; dans ceux du tissu cellulaire sous-cutané, où ils sont encapsulés et adhèrent à la peau; dans ceux du tissu cellulo-adipeux périrénal et aussi dans le tissu sous-épiqueur.

Nous reviendrons sur cette coexistence des lésions surrénales et des lésions conjonctives qui s'oppose à la rareté, dans cette observation, des généralisations dans les autres parenchymes.

A l'examen histologique, la tumeur gastrique présente les caractères d'un épithélioma cylindrique, atypique, infiltré.

Il n'y a pas lieu d'y insister longuement : les cellules néoplasiques sont petites, serrées les unes contre les autres, elles sont groupées en amas dans des vacuoles limitées par un tissu conjonctif dense. Elles infiltrant et dissocient les fibres musculaires, dessinent de longues traînées cellulaires et, en de rares endroits, ébauchent des pseudo-tubes glandulaires. Dans les plans profonds, à la limite de l'extension du néoplasme, au niveau du tissu conjonctif sous-séreux, on trouve, au milieu d'une zone très vascularisée, quelques cellules rondes, en amas, et de rares plasmazellen. Dans la

lumière de quelques capillaires ou d'artérioles, apparaissent des cellules néoplasiques.

Le nodule sous-cutané est constitué par un amas de cellules épithéliales, assez déformées, circonscrit par une réaction conjonctive marquée.

L'épithélium est normal, mais le chorion est infiltré. Au centre de la coupe apparaît une artériole (fait déjà constaté dans une biopsie), aux tuniques épaisses. A la périphérie, quelques amas de lymphocytes.

Il est difficile d'affirmer, mais il est fort probable que cette artère a été oblitérée par un bouchon néoplasique sur lequel s'est édifié un caillot.

D'ailleurs, au niveau du nodule para-rénal, on constate également la présence d'une petite artériole, sans qu'il soit possible de préciser non plus ses rapports avec les cellules néoplasiques environnantes. A la périphérie de l'amas cellulaire épithélial, apparaissent quelques lymphocytes péri-capillaires dans les mailles d'un tissu cellulo-adipeux.

L'examen du nodule sous-épicaudique, décèle une embolie capillaire très nette, et l'infiltration cellulaire intéresse les couches toutes superficielles du myocarde.

La métastase néoplasique surrénale a déterminé la formation de 4 volumineux nodules, bien circonscrits par une gangue conjonctive. En quelques points, les cellules métastatiques sont altérées et contiennent quelques petites vacuoles et un noyau excentrique. A la périphérie de ces amas de cellules épithéliales apparaissent des débris de la corticale et des traînées lymphocytaires entre les cellules spongiocytaires. En un point, à distance d'un volumineux nodule, des cellules néoplasiques entourent deux artérioles et, de ce point, irradient en fines traînées. Sur cette coupe persiste, indemne de toute infiltration épithéliale, un tiers environ de la capsule surrénale.

En résumé, l'examen histologique de tous ces nodules cancéreux secondaires plaide en faveur de l'origine vasculaire du processus néoplasique, qui se développe autour des artérioles et semble centré par elles.

OBSERVATION IV

Cancer de l'estomac, du canal thoracique et des ganglions sus-claviculaires gauches; épanchement chyliforme des séreuses et généralisation cancéreuse par voie lymphatique rétrograde, par M. P. MÉNÉTRIER et M. GAUKLER (*Société Médicale des Hôpitaux*, 31 octobre 1902).

G., âgée de 53 ans, blanchisseuse, est entrée le 8 mai 1902 dans notre service de l'hôpital Tenon pour des troubles respiratoires et des accidents d'anasarque généralisée, avec prédominance du gonflement œdémateux au niveau du membre supérieur gauche qui est particulièrement douloureux.

Ses antécédents héréditaires sont négatifs. Ses antécédents personnels sont relativement peu chargés. Elle aurait eu, il y a dix ans, une affection thoracique de nature indéterminée. Depuis elle continua à tousser et, il y a six mois, aurait rendu une assez grande quantité de sang par la bouche, sans qu'il ait été possible de préciser par l'interrogatoire s'il s'agissait d'hématémèse ou d'hémoptysie.

C'est depuis un mois surtout qu'elle se sent malade, et ce sont principalement des troubles de la respiration qu'elle accuse. La dyspnée s'est installée progressivement, d'abord à l'occasion des efforts seulement, et modérée, puis plus forte, et maintenant se manifestant par des crises paroxystiques durant de une à deux heures. En outre, il y a quinze jours ou trois semaines environ, est apparu brusquement un gonflement rapidement considérable du membre supérieur gauche accompagné de douleurs extrêmement vives dans le membre atteint correspondant au niveau du côté gauche du cou.

A peu près à la même époque, elle s'est aperçu d'un œdème à développement progressif, mais non douloureux, et qui, débutant par l'extrémité des membres inférieurs des deux côtés symétriquement, est remonté peu à peu jusqu'à atteindre aujourd'hui le niveau de la ceinture. Quelques troubles digestifs consistant surtout en anorexie, quelques sensations subjectives assez vagues, telles que bourdonnements d'oreilles, mouches

volantes, quelques douleurs mal précisées dans la région lombaire, ce sont là à peu près tous les renseignements fournis par l'interrogatoire de la malade.

A l'examen, nous trouvons une femme pâle, au facies légèrement bouffi, avec une teinte bleuâtre des lèvres, et qui paraît atteinte d'une anasarque généralisée de moyenne intensité au niveau des membres inférieurs et de la moitié inférieure du tronc, à peine marquée au côté droit du thorax, manquant au bras droit, très prononcée au contraire dans tout le membre supérieur gauche, dont le gonflement aurait été cependant, au dire de la malade, plus considérable encore quelques jours avant l'entrée. Ce membre est le siège de douleurs spontanées, et l'on peut, par une palpation douce, préciser le siège maximum de la douleur au niveau des cordons veineux, indice de la thrombose des veines du bras et de la base du cou. On voit, en outre, à la racine des membres la dilatation des veines superficielles se continuant avec des veines également dilatées de la paroi thoracique antérieure.

Dans le creux sus-claviculaire, la peau, distendue par l'œdème, présente une apparence chagrinée rappelant la surface de la peau d'orange, et dans ces points le doigt perçoit à la palpation superficielle des inégalités de consistance, de petites nodosités dures qui semblent enchassées dans l'épaisseur du derme. En palpant plus profondément dans cette même région, on sent des masses ganglionnaires hypertrophiées, dures, remplissant l'angle interne du triangle sus-claviculaire, et se continuant profondément dans la région axillaire avec d'autres ganglions également hypertrophiés.

A l'examen du thorax, pas d'altération des bruits du cœur dont les battements sont réguliers; pas d'augmentation notable de la matité médiastine. Submatité aux bases en arrière, et râles sous crépitants disséminés dans ces mêmes points; pas de signes de tuberculose, pas de bruits de compression bronchique ou trachéale.

Le pouls est mou, petit, régulier.

La palpation de l'abdomen gênée d'ailleurs par l'épaississement œdémateux de la paroi ne provoque pas de douleur et ne fournit en aucun point la sensation de tumeur.

Le foie et la rate paraissent normaux. Cependant le ventre est manifestement augmenté de volume et, outre l'œdème de la paroi, cela tient à la présence d'une certaine quantité d'ascite.

Les urines sont peu abondantes, elle ne renferment que des traces d'albumine. La température est à 37°9. Comme troubles fonctionnels, ce qui domine c'est la dyspnée qui rend la parole haletante et pénible et s'aggrave parfois en accès de suffocation.

En présence de ces divers symptômes : gêne respiratoire, dyspnée, anasarque généralisée, que n'expliquent ni une affection cardiaque, ni une altération rénale patente, et en tenant compte des ganglions hypertrophiés des régions sus-claviculaires et axillaire gauche, et aussi, du développement récent d'une phlegmasie du membre supérieur ; aucun trouble fonctionnel n'attirant d'ailleurs notre attention sur les viscères de la cavité abdominale, nous avons été conduits à chercher dans l'hypothèse d'une tumeur maligne à point de départ probable dans la cavité thoracique, l'explication plausible de tous les accidents : tumeur profondément cachée dans le médiastin, gênant la respiration et la circulation par compression directe des voies vasculaires, et se révélant au dehors par généralisation lymphatique aux ganglions sus-claviculaires gauches et même à la peau, les nodosités cutanées nous paraissant être des nodules de lymphangite cancéreuse.

L'évolution ultérieure de la maladie ne fit qu'accentuer les principaux symptômes que nous venons d'énumérer : augmentation de l'œdème dans toute la moitié inférieure du corps et de l'ascite, gêne respiratoire, toujours vive avec accès de suffocation, principalement la nuit où le sommeil est à peu près complètement empêché.

Le 15 mai, la malade se plaint d'une vive douleur dans la région sus-claviculaire droite et dans l'épaule du même côté. Légère ascension thermique 38°4.

Le lendemain, le membre supérieur droit est considérablement œdématié, les douleurs sont toujours vives à la base du cou, et à la palpation, on sent en cet endroit la veine jugu-

laire externe droite former sous la peau un cordon dur et douloureux. Le vaisseau semble comme injecté au suif. L'œdème s'étend au côté droit de la face qui est bouffie. Mais, malgré cette thrombose des veines jugulaires des deux côtés du cou, aucun trouble fonctionnel ne permet de supposer l'existence de troubles notables de la circulation encéphalique.

Du 16 au 20 mai, l'anasarque s'accroît de plus en plus, la peau est pâle, lisse, extrêmement tendue, les membres infiltrés sont rigides et les mouvements ne s'effectuent qu'avec la plus grande difficulté. Outre l'ascite, on note à l'examen du thorax des signes d'épanchement léger des deux côtés.

Du 24 au 28 mai, épistaxis répétés, d'ailleurs peu abondantes. Diarrhée, affaiblissement progressif avec aggravation de tous les symptômes.

Le 2 juin, vomissements d'apparence fécaloïde, mort le soir même à 7 h. 30.

AUTOPSIE LE 4 JUIN. — Les centres nerveux sont sains.

Cavité thoracique. — A l'ouverture de la cavité thoracique il s'écoule des deux plèvres un liquide blanc laiteux légèrement grisâtre et certainement plus semblable à du lait qu'à du pus, de consistance uniforme, sans grumeaux ni fausses membranes et dont la quantité est d'environ 1 litre pour chaque plèvre.

Les poumons sont libres d'adhérences, les surfaces pleurales sont lisses, luisantes, d'aspect normal, sans exsudats ni fausses-membranes d'aucune sorte et l'on note seulement à un examen attentif de la surface pulmonaire, un fin et élégant réseau des vaisseaux lymphatiques injectés par une substance blanchâtre qui les distend et les rend apparents sur le fond plus sombre du poumon.

Les poumons, légèrement comprimés par l'épanchement, sont œdémateux principalement dans leurs parties déclives. Ils ne renferment pas de tubercules, ni de noyaux cancéreux visibles à l'œil nu.

Le péricarde est sain, le cœur est petit, flasque et mou,

sans lésions orificielles. Pas de thrombose des oreillettes ni des veines caves, aorte saine.

Cavité abdominale. — Le péritoine renferme 4 litres environ d'un liquide lactescent, semblable à celui des deux plèvres, il n'y a pas non plus de lésions inflammatoires de la séreuse pariétale ou viscérale, ni exsudats, ni fausses membranes. La surface des organes est lisse comme lavée, ainsi que dans toutes les hydropisies.

L'estomac paraît dans sa région pylorique le siège d'une induration étendue, et se trouve uni par quelques adhérences fibreuses à la portion avoisinante du foie.

Le petit épiploon est rétracté et renferme des ganglions hypertrophiés. Enfin, on voit se dessiner à la surface de l'estomac des lymphatiques dilatés remplis d'une substance blanche. C'est surtout à la surface de l'intestin grêle, dans ses premières portions, que les vaisseaux chylifères apparaissent distendus. Admirablement injectés par leur contenu lactescent, ils dessinent un réseau à mailles fines vers le bord libre de l'intestin, d'où partent des troncs noueux, moniliformes, qui vont se renflant progressivement en atteignant le bord mésentérique, et qui se perdent ensuite dans le tissu grasseux du mésentère.

L'estomac enlevé et ouvert, on trouve la région pylorique tout entière, la région de la petite courbure dans sa moitié droite, et la face postérieure dans son tiers correspondant, occupées par un épaissement de toutes les tuniques atteignant 1 cent. 1/2 à 2 centimètres avec induration des tissus, et se limitant par un bourrelet surélevé et de contour sinueux du côté de la cavité gastrique.

Du côté du duodenum l'altération cesse assez exactement au pylore.

Malgré l'épaississement des tissus, le diamètre de l'orifice pylorique n'est pas très rétréci, ce qui explique que, durant tout le cours de la maladie, l'écoulement du contenu gastrique ait pu s'effectuer sans troubles notables.

La surface altérée de l'estomac n'est ulcérée qu'à son centre, près du pylore, vers les bords. L'altération se présente

avec une hypertrophie des plis de la muqueuse qui rappelle l'apparence du polyadénome en nappe.

L'intestin ne présente pas de lésions notables de la face muqueuse. Le foie, de volume normal, est pâle; il ne paraît pas gros. On n'y voit à l'œil nu aucune trace de cancer. De même pour la rate, également de volume normal, de couleur brun-violacée.

Les reins sont un peu pâles, comme anémiques, sans atrophie corticale, sans adhérence de la capsule.

Les capsules surrénales sont saines.

L'utérus présente seulement quelques kystes muqueux du col.

Appareils lymphatiques du thorax et de l'abdomen. — L'étude attentive du système lymphatique nous montre un envahissement général des ganglions de la petite courbure et des ganglions péri-aortiques à peu près jusqu'à l'extrémité inférieure de l'aorte et pas au delà. Encore ces ganglions sont-ils assez peu volumineux, atteignant au plus les dimensions d'une noix et le plus souvent gros comme un pois, un haricot, une amande.

Le canal thoracique ne présente pas, à l'origine, de dilatation en forme de citerne de Pecquet mais paraît se constituer par l'accolement de plusieurs troncs déjà volumineux; puis, à la partie inférieure de la région thoracique, il se présente comme un cordon dur de 3 ou 4 millimètres de diamètre, avec des inégalités de calibre lui donnant une apparence noueuse. Un peu plus haut, au milieu de la région dorsale, il devient plus étroit et se renfle de nouveau en arrivant vers le cou. A sa terminaison, au niveau du confluent jugulaire et sous-clavier, il est compris dans un tissu lardacé, infiltré et entouré de ganglions dégénérés. A ce niveau, il est complètement oblitéré, sa cavité n'existe plus, il est transformé en un cordon plein, solide. A la partie moyenne et inférieure de la région thoracique, sa cavité conservée est remplie par un magma d'apparence caséuse qui n'adhère qu'imparfaitement aux parois, et peut se vider assez facilement par expression.

Les ganglions du médiastin et du hile du poumon sont dégénérés blanchâtres et durs, mais tous assez peu volumineux.

Dans la région sus-claviculaire gauche, se trouve une masse ganglionnaire plus considérable, qui se continue avec des ganglions également altérés de la région axillaire. Là, encore, les ganglions cancéreux ne dépassent pas les dimensions d'une noisette au plus, mais ils sont assez nombreux.

Les ganglions du côté droit du cou sont sains.

Les veines jugulaires internes et externes et sous-clavières sont des deux côtés oblitérées par une thrombose qui se prolonge en partie dans les troncs brachio-céphaliques avec une apparence différente en rapport avec l'ancienneté inégale de la lésion des deux côtés. A droite, le caillot encore récent est rouge et friable; à gauche, les vaisseaux sont remplies par un tissu de formation nouvelle, solide, fibreux, de coloration ocreuse.

Examen histologique des organes. — Notre examen a porté sur les lésions de l'estomac, du canal thoracique et des ganglions, des veines jugulaires thrombosées, ainsi que des autres organes, intestin, foie, rein, poumon, utérus et peau.

Estomac. — Des coupes multiples de la paroi gastrique et portant sur les parties saines, sur les bords et jusqu'au centre du néoplasme nous montrent : dans la muqueuse avoisinante des lésions de gastrite chronique commune, avec raréfaction des glandes, transformation de leur revêtement en épithélium muqueux et infiltration de petites cellules dans la trame interglandulaire.

La portion périphérique du néoplasme présente une zone assez étendue d'hyperplasie adénomateuse des glandes avec allongement considérable de leur portion excrétoire, sinuosités de leur culs-de-sac et transformation totale de leurs cellules en cellules muqueuses claires. Un peu plus loin le revêtement épithélial prolifère irrégulièrement distendant les culs-de-sac des glandes hypertrophiées avec des cellules plus irrégulières, cubiques ou polyédriques à gros noyau rond, à protoplasma coloré tapissant la cavité, ou s'accumulant par plusieurs couches dans son intérieur. C'est la zone où l'hyper-

plasie adénomateuse subit la transformation cancéreuse. Enfin, au centre, la muqueuse a en grande partie disparu et les cellules épithéliales proliférées se voient en amas, en cordons, en traînées, infiltrant les couches sous-muqueuses et musculaires sclérosées, et le tissu prend, par place, l'apparence alvéolaire du carcinome. Les cellules néoplasiques sont à ce niveau tout à fait atypiques, polyédriques ou irrégulières, à gros noyau rond, à protoplasma coloré; elles présentent un grand nombre de formations vacuolaires, la plupart remplies de graisse; d'autres rappellent l'apparence des inclusions cellulaires, cellules incluses dans une vacuole ou plusieurs cellules emboîtées, cellules à noyaux multiples, à dégénération partielles, etc. Ces diverses altérations se retrouvent également nettes dans les ganglions.

Dans la paroi gastrique, au dessous de la muqueuse altérée et même en dehors de la zone malade, on trouve dans la sous-muqueuse, dans les musculaires et sous le péritoine, des traînées de lymphangite cancéreuse. A ce niveau, les lymphatiques apparaissent distendus par une accumulation de cellules épithéliales atypiques et qui tantôt remplissent complètement le vaisseau, tantôt tapissent les parois sur une ou plusieurs couches, laissant au centre un espace libre, rempli par un liquide albumineux coagulé, englobant des leucocytes polymorphes et des lymphocytes. Ces lymphangites cancéreuses sont surtout remarquables sur l'intestin grêle. Dans la muqueuse duodénale on trouve, par places, une dilatation considérable des lymphatiques des villosités qui sont, eux aussi, remplis de ces grosses cellules cancéreuses polymorphes et vacuolaires généralement arrondies, libres, non adhérentes aux parois, n'oblitérant pas la cavité mais semblant en suspension dans un milieu liquide fixé par les réactifs durcissants.

Sur les coupes provenant de fragments fixés à l'acide osmique, on constate que la plupart de ces cellules cancéreuses sont bourrées de granulations graisseuses de tout volume et parfois si abondantes que certaines cellules sont en totalité colorées en noir. Mêlés aux cellules cancéreuses et souvent difficiles à distinguer, des leucocytes sont aussi abondamment chargés de graisse. Les lymphatiques sous-muqueux,

intramusculaires et sous-péritonéaux de l'intestin grêle, sont également distendus et remplis de cellules cancéreuses. Mais, malgré cette diffusion de la lymphangite cancéreuse, les cellules épithéliales cancéreuses ne se rencontrent pas en dehors des vaisseaux, n'infiltrant pas les tissus et ne forment pas de foyer néoplasiques secondaires.

Canal thoracique. — Nous avons examiné des coupes du canal thoracique portant sur ses diverses portions depuis son origine jusqu'à sa terminaison. Les coupes portant sur son origine nous montrent plusieurs troncs accolés et environnés de ganglions entièrement cancéreux.

Un peu au-dessus, le conduit, unique en apparence, présente une cavité cloisonnée en quatre ou cinq conduits secondaires.

Plus haut enfin, la cavité est unique, et jusqu'à la partie moyenne du conduit est remplie par un magma d'apparence caséuse, non adhérent et formé en majeure partie de détritits cellulaires infiltrés de graisse, de cellules épithéliales et de leucocytes encore reconnaissables, mais remplis de granulations graisseuses et enfin de cellules épithéliales cancéreuses, moins altérées, polyédriques, à gros noyau, ne renfermant dans leur protoplasma que peu ou pas de graisse et qui se trouvent généralement à la périphérie, tout contre la paroi interne du canal, qui n'est pas altéré, non plus que sa couche musculaire.

Un peu au-dessus, au contraire, et tandis que la couche musculaire reste normale, il y a une endolymphite manifeste marquée par l'épaississement de la tunique interne qui, irrégulièrement développée, forme dans la cavité une sorte de croissant de tissu conjonctif lâche, englobant par place de petits nids de cellules cancéreuses,

Enfin, au niveau de la portion terminale du canal thoracique, l'endolymphite a abouti à une oblitération fibreuse complète de la lumière du conduit qui apparaît sur les coupes nettement dessiné par sa couche musculaire à fibres lisses concentriques, assez espacées par du tissu conjonctif fibreux et entourant une masse de tissu conjonctif lâche qui comble

la cavité et renferme, de place en place, de petits amas de cellules épithéliales polymorphes semblables à celles précédemment décrites,

Veine jugulaire. — L'apparence des coupes de la veine jugulaire interne thrombosée est très voisine de celle que nous venons de décrire pour le canal thoracique, et il est très probable que l'oblitération des deux vaisseaux a dû se faire à très peu près à la même date. Le vaisseau est en effet complètement oblitéré par du tissu conjonctif qui remplit toute la cavité et est formé de faisceaux lamineux, de cellules plates ou ramifiées et anastomosées, avec quelques néo-vaisseaux. Des granulations hematiques semées çà et là sont le vestige du caillot sanguin résorbé.

Dans ce tissu fibreux se trouvent de petits amas de cellules épithéliales polymorphes cancéreuses. Les cellules situées dans le tissu conjonctif qui a remplacé le caillot de thrombose ont donc dû y être amenées par la circulation avant la coagulation du sang; elles sont antérieures à la thrombose et ont été vraisemblablement la cause de cette thrombose au moment où elles furent déversées par le canal thoracique dans le courant sanguin des jugulaires.

Ganglions lymphatiques. — Dans un ganglion encore partiellement envahi, on trouve dans les cordons folliculaires une fine sclérose réticulée renfermant dans ses mailles de grosses cellules néoplasiques dans lesquelles se voient en abondance des formes multiples d'inclusions cellulaires et nucléaires, et les dégénérescences partielles rappelant les pseudopacrites décrites dans les cancers.

Dans les ganglions plus complètement altérés, l'apparence est généralement celle des lésions de carcinome que nous avons décrites dans l'estomac.

Poumon. — Dans le poumon, nous trouvons une infiltration cancéreuse diffuse de tout l'appareil lymphatique, superficiel et profond. Les lymphatiques sous-pleuraux forment de gros boudins, bourrés de cellules rondes plus grosses, à plus gros noyaux et plus colorées que les cellules lymphatiques, et sans altération de la paroi même du lymphatique.

Les lymphatiques profonds péri-lobulaires, péri-bronchiques et péri-vasculaires, sont également dilatés irrégulièrement. Tantôt les cellules cancéreuses en remplissent complètement la cavité, tantôt elles se répartissent sur tout le pourtour, laissant au centre un espace rempli par un coagulum amorphe avec débris cellulaires et quelques leucocytes. Le parenchyme avoisinant est sain.

Foie. — Ne présentait à l'œil nu aucune trace de cancer. Sur les coupes, on trouve dans quelques espaces portes, à côté des vaisseaux sanguins et des conduits biliaires, des troncs lymphatiques remplis de cellules cancéreuses.

Le parenchyme avoisinant est sain.

Rein. — De même pour le rein, le parenchyme est indemne de cancer ; on n'en trouve trace ni dans la substance corticale, ni dans les pyramides ; mais c'est seulement dans le tissu conjonctif du hile, au pourtour des gros vaisseaux, et dans la muqueuse du bassinnet que se voient des lymphatiques bourrés de cellules cancéreuses.

Rate. — Dans les grosses travées fibreuses périvasculaires, on voit des fentes lymphatiques remplies de grosses cellules épithéliales polymorphes. La pulpe splénique d'aspect normal, n'en renferme aucune trace.

Utérus. — Des coupes portant sur la région du col montrent, dans les profondeurs du muscle utérin, des fentes lymphatiques également remplies de cellules épithéliales cancéreuses.

Peau. — Des fragments ont été recueillis dans la région sus-claviculaire gauche au niveau des nodosités perçues à la palpation ; les lymphatiques profonds du derme y sont distendus et ainsi rendus apparents par des cellules épithéliales cancéreuses et sans modification de structure de la paroi. En outre, on trouve de place en place dans les parties profondes du derme des amas de cellules néoplasiques simplement déposées dans les fentes du tissu conjonctif qu'elles écartent et sans réaction apparente de ce tissu, ni diapédèse, ni congestion vasculaire sanguine.

Liquide des épanchements pleuro-péritonéaux. — Ce liquide, d'apparence chyleuse, blanc mat, plus semblable à du lait qu'à du pus, assez fluide, ne présente, à l'examen microscopique, qu'une très faible proportion d'éléments figurés, cellules et globules graisseux.

Après traitement par l'acide osmique, on y voit en effet des gouttes de graisse libres, de tout volume, colorées fortement en noir, et souvent réunies en amas irréguliers; des corps sphériques et muriformes fournis par l'agglomération d'un nombre considérable de très fines gouttelettes graisseuses, parfois en voie d'émiettement à la périphérie, ou au contraire bien compactes et dans lesquelles on distingue une mince lame protoplasmique limitante; de grosses cellules épithéliales plus ou moins infiltrées de graisse et enfin des cellules épithéliales sans granulations graisseuses et rappelant absolument par tous leurs caractères les cellules cancéreuses que nous avons décrites dans le cancer de l'estomac, dans les ganglions et les voies lymphatiques altérées.

Il semble en somme évident à l'examen, que ces diverses apparences résultent de la dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales cancéreuses contenues dans le liquide et aboutissant dans leur dernière désintégration aux globules graisseux libres. On trouve quelques très rares leucocytes.

Un examen chimique sommaire pratiqué sur une petite quantité de liquide par M. Meillère, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon, a donné les résultats suivants :

Extrait sec total.....	35 p. 1.000
Graisse	1 p. 1.000

Enfin nous avons trouvé dans ce liquide une quantité considérable de microbes se présentant en chaînettes, pathogènes pour la souris, et dont les caractères de culture nous ont paru ceux de l'entérocoque. Nous pensons qu'il s'agit là d'une infection cadavérique, en raison de l'absence de réaction inflammatoire des parois pleurales ou péritonéales, de l'absence de réaction leucocytaire du liquide et enfin du manque de symptômes infectieux perçus pendant la vie.

OBSERVATION V

Cancer de l'Estomac. — Généralisation dans les os et dans les lymphatiques de la peau. — Lymphangite pulmonaire.
— MAUNOURY. — *Soc. Anat.*, Nov. 1875, p. 734 (Observation résumée).

Malade de 41 ans, troubles digestifs, rectaux, gastriques. Puis, dans le triangle sus-claviculaire du côté droit apparaît « une plaque indurée, indolente, large comme une pièce de 5 francs, à surface bombée et irrégulière, faisant partie intégrante de la peau qu'on ne peut plisser par-dessus, et qui, à ce niveau, est très légèrement rosée; cette plaque se serait développée depuis 3 jours; plus bas quelques ganglions indurés.

Les jours suivants, développement *extrêmement rapide de cette lésion*, extension de la plaque, puis on en voit partir « de peitts cordons durs, noueux qui vont les uns en arrière vers la nuque, d'autres en haut vers l'oreille, d'autres en bas vers l'angle externe du triangle sus-claviculaire; en même temps apparaît un œdème dur de la partie droite du cou et de la face ».

Huit jours après le début, la plaque remplit tout le triangle sus-claviculaire droit. — Mort.

Autopsie. — Cellules cancéreuses, abondantes dans la plaque.

Lymphangite pulmonaire, alvéoles pulmonaires nombreuses.

Cellules endothéliales. Cependant, en aucun point du pœumon on ne trouve de points cancéreux à l'œil nu.

Cancer gastrique.

OBSERVATION VI

Cancer de l'Estomac généralisé : noyaux cancéreux dans les viscères, les muscles et la peau. — MERKLEN. — *Soc. Anatomique*, Juin 1876, p. 457 (Observation résumée).

Malade de 68 ans, souffrant depuis trois semaines d'une douleur sourde et persistante dans le côté droit de la poitrine au pourtour du mamelon. — Anorexie,

Rien à l'examen. Sauf au niveau du thorax, de l'abdomen et du dos de petites nodosités dures, du volume d'une lentille, mobiles avec la peau et paraissant siéger dans son épaisseur.

Autopsie. — *Thorax* : nombreux îlots cancéreux de la grosseur d'un pois siégeant sur la plèvre, à la face supérieure du diaphragme du côté droit, dans l'épaisseur du péricarde. Il y en a également à la face interne des côtes et des muscles intercostaux.

Cœur. — Quelques noyaux de même nature siégeant sous le péricarde viscéral et empiétant sur le myocarde.

Estomac. — Tumeur volumineuse de l'orifice œsophagien s'étendant vers la petite courbure.

Muscles. — En dehors du cœur et du diaphragme envahis on trouve un noyau cancéreux du volume d'un pois dans le biceps brachial droit.

DISCUSSION

M. Millard insiste sur la valeur diagnostique des *nodules de la peau* seul signe.

Charcot rappelle un cas analogue : malade présentant les signes d'une affection spinale; Constatacion de 2 petits nodules cutanés. Diagnostic posé de cancer vertébral.

Hénocque, dans son traité, conseille d'examiner avec soin le côté gauche du cou des malades que l'on suppose atteints de cancer stomacal.

ETUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — Les métastases cutanées généralisées apparaissent souvent à une période assez avancée de l'évolution du cancer de l'estomac. Toutefois, celui-ci a pu passer inaperçu derrière le masque de troubles dyspeptiques vagues, et c'est parfois la détermination cutanée qui attire l'attention sur l'existence d'un cancer viscéral jusque-là inconnu.

Il en fut ainsi, notamment, dans deux des observations que nous rapportons ici :

Dans la première, il s'agissait d'une femme de 52 ans présentant depuis plus de six mois des troubles dyspeptiques et quelques vomissements; puis au bout de ce laps de temps apparurent, d'abord au niveau de la région cervicale droite, toute une série de petites tumeurs qui, en l'espace de trois mois couvrirent tous les téguments. Ce fut cette véritable éruption cutanée qui amena la malade à consulter.

Dans la deuxième observation il s'agit d'un jeune homme ayant présenté un affaiblissement et un amaigrissement progressifs accompagnés de troubles digestifs. Là encore la présence de nombreuses petites tumeurs cutanées permit de déceler l'existence d'un cancer œsophagien.

Nous ne saurions donc trop insister sur l'importance diagnostique de ces manifestations cutanées.

Aspect clinique. — L'aspect clinique de ces métastases cutanées est en général extrêmement caractéristique : il s'agit de petites tumeurs du volume d'une lentille ou d'un petit pois, de consistance très dure, en grains de plomb. Ces tumeurs sont enchassées dans la peau avec laquelle elles font corps, mais dont la coloration n'est pas modifiée. Par contre, elles sont mobiles sur les plans profonds,

Ces tumeurs s'accompagnent rarement de signes fonctionnels; en général, elles ne s'accompagnent de douleur ni spontanée ni provoquée par la palpation. Cependant certains auteurs ont insisté sur l'existence de douleurs prémonitoires précédant leur apparition.

Distribution. — Ces tumeurs sont, en général, irrégulièrement réparties sur les téguments. Tantôt on les observe surtout sur le thorax, sur l'abdomen. D'autres fois elles s'étendent aux membres; c'est ainsi que dans l'observation de Lœper et Turpin on pouvait noter quatorze nodules répartis irrégulièrement sur la paroi abdominale antérieure et sur la face postérieure du thorax avec cependant quelques nodules aberrants au niveau de la clavicule, sur le trapèze gauche, aux faces externes du bras gauche, et un dernier près du bord cubital de l'avant-bras droit.

Dans certains cas, l'éruption prédomine dans la région cervicale, cette localisation est d'ailleurs parfois une localisation de début. Il en est ainsi dans notre observation personnelle dans laquelle les premiers nodules apparurent successivement au creux

sus-claviculaire droit, puis à la région cervicale gauche, puis au thorax, à l'abdomen et aux membres.

Ménétrier a également insisté sur l'apparition de métastases dans la région sus-claviculaire et, notamment, au niveau de la terminaison du canal thoracique. Nous reviendrons plus loin sur cette question, notamment à propos de l'étude de la pathogénie.

Ces métastases ne sont pas toujours limitées en plan cutané, elles peuvent parfois siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané; parfois même on peut en observer certaines dans les muscles, comme dans une observation de Mercklen, dans laquelle on trouvait un noyau cancéreux du volume d'un pois dans le biceps brachial droit.

On constate d'ailleurs quelquefois d'autres nodules cancéreux analogues, disséminés dans divers organes, notamment dans le péricarde, dans le myocarde, dans les surrénales (obs. II), dans le rein. Mais, en général, ces localisations viscérales ou périviscérales n'ont pas d'histoire clinique et sont des découvertes d'autopsie.

Volume. — Nous avons déjà insisté sur les dimensions habituelles de ces tumeurs; en général, elles sont petites et ne dépassent pas la grosseur d'un petit pois. Cependant on a pu observer quelques tumeurs de dimension plus volumineuses, notamment dans l'observation de Lœper et Turpin où l'on constatait, dans la région deltoïdienne droite, l'existence d'une tumeur de la dimension d'une petite mandarine.

Nombre. — Le nombre des métastases cutanées est extrêmement variable. Tantôt elles sont rares, au nombre de deux ou trois; d'autres fois plus nombreuses,

quelquefois même elles constituent une véritable éruption généralisée à tous les téguments. Il en était ainsi dans notre observation personnelle dans laquelle les nodules métastatiques étaient serrés les uns contre les autres et ne laissaient pas dans l'intervalle plus d'un centimètre de peau saine.

Symptômes associés. — Les adénopathies peuvent parfois faire défaut au cours de ces généralisations cutanées du cancer gastrique. Les régions cervicales et axillaires étaient indemnes dans nos deux observations, comme d'ailleurs dans l'observation analogue de Lœper et Turpin.

D'autres fois on peut observer l'existence d'adénopathies plus ou moins accentuées. C'est ainsi que dans une observation de Maunoury, le triangle sus-claviculaire droit présentait des ganglions indurés, en rapport d'ailleurs avec l'existence d'une plaque indurée et irrégulière, de laquelle partaient de nombreux cordons de lymphangite cancéreuse s'étendant jusqu'à la nuque et l'oreille. De même, dans l'observation de Ménétrier et Gauckler, on pouvait noter, dans le creux sus-claviculaire, à côté des nodosités cancéreuses, la présence de nombreux ganglions coexistant avec une thrombose des veines jugulaires externes.

Comme on le voit, des faits de ce genre sont caractérisés par l'adjonction aux métastases cutanées proprement dites de véritables placards de lymphangite avec adénopathie consécutive.

Dans certains cas on peut observer l'association d'autres déterminations néoplasiques au niveau des séreuses; la malade de Ménétrier et Gauckler présentait ainsi un épanchement chyliforme des plèvres et

du péritoine. Il n'est pas rare également de noter des phénomènes pulmonaires.

Tous ces troubles (adénopathies, placards lymphangitiques, épanchement des séreuses, troubles pulmonaires, etc...) traduisent, en réalité, *l'envahissement de la grande voie lymphatique du canal thoracique et de ses affluents.*

Nous reviendrons ultérieurement sur ce sujet, mais nous pouvons déjà remarquer, en nous plaçant au seul point de vue clinique, que l'on peut distinguer deux grands groupes de métastases cutanées généralisées du cancer de l'estomac, suivant qu'elles s'accompagnent ou non d'adénopathie et d'envahissement lymphatique.

EVOLUTION

L'évolution des généralisations cutanées du cancer de l'estomac est le plus souvent assez rapide.

Dans notre observation personnelle (obs. I), l'éruption s'est généralisée à l'ensemble des téguments dans l'espace de trois mois.

Parfois même, l'évolution est encore plus rapide et prend une allure véritablement aiguë, comme dans l'observation de Maunoury où l'envahissement de toute la région sus-claviculaire se fit en quelques jours.

D'une façon générale, l'apparition des métastases cutanées est de très mauvais pronostic : elle traduit l'existence d'un cancer extrêmement malin et annonce, en général, une issue fatale dans un délai ne dépassant pas le plus souvent quelques mois.

DIAGNOSTIC

Nous avons insisté, à plusieurs reprises, sur l'importance diagnostique des métastases cutanées généralisées. Dans un certain nombre de cas, en effet, elles peuvent permettre de dépister un cancer gastrique passé inaperçu. Il en fut ainsi dans nos observations I et II.

Le diagnostic clinique est, en général, facile. L'aspect des petites tumeurs cutanées, leur enchassement dans la peau, leur mobilité sur les plans profonds et surtout leur *consistance* permettent, en général, de les identifier facilement; elles sont en effet d'une dureté ligneuse véritablement très spéciale.

Ces caractères permettent de les différencier facilement de quelques affections analogues qui pourraient les simuler.

Nous n'insisterons pas sur certains *fibromes cutanés*, ni sur le *molluscum contagiosum*, dont la consistance et l'aspect pédiculé ne laissent place à aucune confusion.

La *maladie de Reklinghausen* est caractérisée par des éléments de consistance beaucoup plus molle, en grains de raisin et, d'autre part, s'accompagne de taches pigmentaires et de névromes.

C'est surtout avec certaines *sarcomatoses cutanées* ou avec certaines *éruptions leucémiques*, voire même avec le *mycosis fungoïde* que le diagnostic clinique peut être délicat. Il se basera surtout sur les signes associés, la recherche des adénopathies, l'examen de la rate, du sang et, en dernier ressort, sur la biopsie qui tranchera le diagnostic.

D'autre part, nous avons insisté déjà au début de

ce travail sur la nécessité de distinguer ces métastases cutanées généralisées, étendues parfois à toute l'économie, de *certaines nodules cancéreux d'aspect analogue mais survenant seulement au voisinage de la tumeur initiale ou au niveau du territoire lymphatique correspondant*. Cette dernière variété est particulièrement connue et fréquente au cours du cancer du sein où elle constitue souvent une modalité de récurrence. Elle peut s'observer aussi au cours de certains cancers viscéraux. Milian, notamment, a rapporté un exemple de cancer du rectum suivi d'envahissement néoplasique des téguments de la fesse. En ce qui concerne le cancer de l'estomac, on peut observer des métastases de voisinage de même ordre au niveau de la ligne blanche et de la paroi abdominale. Tous ces cas sont complètement différents et comme aspect clinique et comme nature, du syndrome que nous étudions dans ce travail.

Nous ne voulons, en effet, envisager dans ce travail que les faits dans lesquels les métastases cutanées se comportent comme une véritable affection aiguë *généralisée*, comparable, en quelque sorte, à une véritable granulie cancéreuse et *faisant intervenir un processus différent de celui de l'extension habituelle des cancers épithéliaux*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

I. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous avons insisté, précédemment, au cours de l'étude clinique, sur la répartition et la topographie habituelles des métastases cutanées du cancer gastrique.

Toutefois, cette généralisation cancéreuse ne se borne pas aux téguments d'une façon générale; on peut retrouver à l'examen anatomique une série de nodules disséminés dans différents viscères et surtout dans l'épaisseur du tissu cellulo-adipeux périvercbral. Ces ilots cancéreux peuvent siéger sous la plèvre, sous le diaphragme, à la face interne des côtes et des muscles intercostaux comme dans une observation de Mercklen. Il n'est pas rare d'en rencontrer un certain nombre au niveau des poumons, du foie, de la vésicule biliaire; des ganglions lymphatiques abdominaux, de la prostate, etc...

Deux localisations semblent particulièrement intéressantes et relativement assez fréquentes : d'une part, le tissu cellulaire sous-épïcardique; d'autre part, le tissu cellulaire péri-rénal.

La présence de nodules dans le péricarde est notée

dans l'observation de Mercklén, dans celle de Loeper et Turpin; elle était frappante dans l'observation II où l'on constatait également de nombreux nodules dans l'épaisseur du myocarde. Dans la même observation les capsules surrénales étaient envahies de nodules néoplasiques, de même que dans les observations de Loeper et Turpin, de Chailloux, etc...

Nous insisterons particulièrement sur l'intérêt de cette association de métastase surrénale et cutanée, localisations qui contrastent avec celles des métastases habituelles du cancer gastrique qui, comme on le sait, sont surtout hépatiques et pulmonaires.

Là encore, nous constatons une diffusion extrême des cellules cancéreuses qui vont se disséminer dans les points les plus éloignés de l'organisme.

Comment expliquer cette dissémination extrême des métastases cancéreuses ? Deux points sont à envisager à ce sujet : d'une part, le degré d'activité des cellules cancéreuses en question; d'autre part, les voies qu'elles suivent à partir de la tumeur initiale pour fuser dans tout l'organisme.

Le degré d'activité des cancers en cause constitue un élément important dans la genèse de ces formes généralisées. Les caractères cliniques et surtout le mode d'évolution nous montrent qu'il s'agit bien là d'un cancer aigu, d'une carcinose miliaire aiguë, dans laquelle la cellule cancéreuse franchit rapidement les barrières lymphatiques et les défenses de voisinage pour infecter l'organisme tout entier.

Il existe là un processus comparable, dans une certaine mesure, avec celui de certaines septicémies et surtout avec celui de certaines tuberculoses granuleuses dans lesquelles la virulence extrême de l'infection provoque une généralisation miliaire au lieu d'un processus ulcéreux plus ou moins localisé.

II. — PATHOGENIE

Le deuxième point qui se pose est de déterminer quelle est la voie suivie par les cellules cancéreuses pour passer de l'estomac dans l'étendue des léguments.

Deux conceptions peuvent être émises à ce sujet : celle de l'envahissement lymphatique, celle de l'envahissement sanguin.

a) *Généralisation par voie lymphatique.* -- La théorie de l'envahissement des voies lymphatiques a été soutenue par de nombreux auteurs. Elle repose, en partie, sur les lois habituelles de l'extension des cancers épithéliaux. On a pu faire remarquer qu'on pouvait observer toutes les formes de passage entre les métastases de voisinage dans le territoire lymphatique correspondant à la tumeur et les métastases éloignées du néoplasme originel. Lereboullet, Géraudel ont insisté dans les faits de ce genre sur l'existence d'un envahissement lymphatique rétrograde.

Mais c'est surtout par l'intermédiaire du *canal thoracique* que semblent se généraliser les cancers gastriques. Une observation de Ménétrier et Gauckler est particulièrement caractéristique à ce sujet. Il s'agissait, au cours d'un cancer gastrique, de l'apparition, d'une part, de nombreuses nodosités cancéreuses particulièrement au niveau du cou, d'autre part, on constatait, dans la région sus-claviculaire, de gros ganglions ainsi qu'une infiltration œdémateuse. L'autopsie permit de déceler un *envahissement du canal thoracique*, rempli de cellules cancéreuses, particulièrement au niveau de sa portion terminale qui était complètement oblitérée. On constatait, en outre, une

thrombose des veines jugulaires ainsi qu'un épanchement chyloforme des plèvres et du péritoine. Les auteurs donnent de ces phénomènes l'explication suivante : « Les cellules cancéreuses, écrivent-ils, sont arrivées au niveau du confluent jugulaire et là, en raison de *propriétés particulièrement irritantes*, ont rapidement déterminé la coagulation sanguine, la thrombose jugulaire et sous-clavière qui, secondairement, a entraîné l'oblitération du canal thoracique à sa terminaison et la stase générale dans tout son parcours et jusqu'à ses origines ». Les mêmes auteurs font ensuite remarquer qu'il y a eu une véritable prolifération des cellules cancéreuses *comme dans un milieu de culture*, ce qui explique l'envahissement des voies lymphatiques rétrogrades, notamment des réseaux de la région lymphatique cervicale.

Quant aux épanchements pleuraux et péritonéaux, ils sont consécutifs en grande partie à la stase liée à l'oblitération du canal thoracique.

Ménétrier fait remarquer que, dans ce cas, le système sanguin est resté indemne du cancer et attribue uniquement la généralisation cancéreuse à l'infiltration lymphatique rétrograde.

b) *Généralisation par voie sanguine.* — Dans l'observation de Ménétrier et Gauckler que nous venons de citer, l'infiltration cancéreuse est particulièrement prédominante au niveau du canal thoracique et de la région sus-claviculaire. Les métastases cutanées restent relativement peu étendues et cantonnées au territoire lymphatique jugulaire et immédiatement voisin de l'extrémité supérieure du canal thoracique; mais il n'en est pas de même dans tous les cas.

Dans les observations que nous apportons (I et II)

ainsi que dans l'observation de Lœper et Turpin, la généralisation cancéreuse a été d'emblée complète et rapide, affectant des points différents des téguments, et des viscères multiples (péricarde, surrénales, etc.). D'autre part, on ne constatait *aucune adénopathie*. Aussi, en raison de ces caractères cliniques, peut-on se demander si dans les observations de cet ordre, il ne s'agit pas bien plutôt d'une carcinose généralisée par voie sanguine.

Les résultats de l'examen histologique semblent, du reste, confirmer cette manière de voir. Voici, en effet, ce que nous a montré l'étude de la biopsie d'un des nodules métastatiques de notre observation I.

Immédiatement au-dessous de l'épiderme on constate de nombreux îlots de cellules cancéreuses prenant parfois une disposition alvéolaire au pourtour de ces îlots; on peut noter quelques fibres musculaires et une importante réaction conjonctive. Mais ce qui frappe surtout, c'est la présence de nombreux vaisseaux: les uns sont entourés de très nombreuses cellules cancéreuses dont ils forment le centre; d'autres sont même complètement oblitérés par les cellules épithéliomateuses.

Cet aspect histologique est tout à fait analogue à celui qui a été observé par Lœper et Turpin. Ces auteurs ont observé, également, la présence de masses néoplasiques centrées par les vaisseaux. Ils ont même vu certaines artères oblitérées par un bouchon néoplasique.

Il nous semble donc, comme l'ont d'ailleurs soutenu Lœper et Turpin, qu'à côté de l'envahissement par voie lymphatique, il existe un processus de généralisation par voie sanguine.

Dans le premier cas, les cellules cancéreuses arrivées au niveau du canal thoracique déterminent une réaction plus ou moins marquée qui, dans une certaine mesure, limite plus ou moins leur extension, notamment à la région sus-claviculaire. Il s'agit là d'un processus voisin de celui qui a été décrit par Troisier dans la pathogénie du ganglion sus-claviculaire gauche au cours du cancer gastrique.

Dans le second cas, les cellules cancéreuses fusent immédiatement dans la circulation sanguine; il est probable qu'elles empruntent également, en pareil cas, la voie du canal thoracique, mais sans y déterminer de réaction.

De telles migrations de cellules cancéreuses sont, en effet, bien connues.

Par l'intermédiaire du canal thoracique, elles gagnent la circulation veineuse générale.

Cette hypothèse semble confirmée, en partie, par l'apparition cervicale de nodules métastatiques dans notre observation I.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de l'estomac peut donner lieu à des généralisations cutanées qui ont parfois une réelle valeur séméiologique et peuvent attirer l'attention sur un cancer gastrique latent.

2° Cliniquement, il s'agit de petites tumeurs du volume d'une lentille à un petit pois, faisant corps avec la peau, mobiles sur les plans profonds, de consistance dure, ligneuse. Elles peuvent siéger sur les points les plus différents des téguments, sur le thorax, l'abdomen: elles apparaissent parfois au niveau du creux sus-claviculaire. Elles peuvent se généraliser à toute l'étendue des téguments. Elles peuvent s'accompagner d'autres nodules métastatiques viscéraux, notamment au niveau des capsules surrénales, du myocarde, des couches celluluses périviscérales.

3° Il s'agit, toujours, d'un symptôme de pronostic grave annonçant l'issue fatale dans un délai de quelques mois.

4° La généralisation cutanée peut se faire par l'intermédiaire de la voie lymphatique (envahissement du canal thoracique, et envahissement de proche en proche des réseaux afférents cutanés et viscéraux). Elle s'accompagne parfois d'adénopathies, surtout sus-claviculaires, et du syndrome d'oblitération du canal thoracique (Ménétrier).

D'autres fois la généralisation se fait par voie sanguine.

Plus souvent il s'agit d'une propagation par voie lymphatique et sanguine : les cellules cancéreuses gagnent la circulation sanguine par l'intermédiaire du canal thoracique, parfois sans envahir ce dernier.

L'anatomie pathologique des tumeurs cutanées montre la présence des cellules cancéreuses métastatiques avec réaction conjonctive de voisinage, les ilots cancéreux sont souvent centrés par des vaisseaux qui peuvent être oblitérés et envahis.

Vu, Le Doyen :
ROGER

Vu, le Président de Thèse :
JEANSELME

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

BUREAU G. — Cancer de l'œsophage propagé à l'oreillette gauche du cœur. Gangrène pulmonaire droite. Compression du pneumogastrique. Crise de tachycardie pendant la vie. *Société Anat.* Novembre 1897, p. 851).

CARNOT. — Syndrôme de Ménétrier. Altération cancéreuse du canal thoracique (*Paris Médical* 1911, p. 471).

CHAILLOU. — Noyau secondaire de la peau dans un cas d'épithélioma des capsules surrénales (*Société Anat.* Décembre 1897, p. 931).

CHARCOT. — Discussion à la *Société Anat.* Juin 1876 à propos d'une observation de Merklen.

CROUZON, H. BARUK & BUREAU. — Métastases viscérales diverses et généralisations cutanées au cours d'un cancer de l'œsophage (*Société Anat.* 6 Janvier 1927).

DARIER. — Précis de Dermatologie.

FERNET. — Note sur un cas de carcinose généralisée secondaire à un cancer de l'estomac (*France-Médec.* 1888, p. 1686).

GEIPEL (de Dresde). — Lymphagite cancéreuse de la peau dans un cancer de l'estomac (*Presse Médicale* 1911, 11 Novembre. *Archiv. für dermatol und syph.* avril 1911, B. d. 107. Hft 3, p. 397, 405, R. B.).

GÉRAUDEL. — Les métastases cancéreuses par envahissement lymphatique rétrograde: (*Presse médicale* 1910, 13 avril, p. 267).

HAYEM ET LÉVI. — Métastases ganglionnaires immédiates ou parastomacales (In *Traité de Médecine* de Gilbert et Thoinot).

JACCOUD. — Adénite inguinale dans le cancer de l'estomac (*Leçons cliniques de l'Hôp. de la Pitié*, 1888).

LAIGNEL-LAVASTINE ET DU CASTEL. — Epithélioma pavimentaux atypique de l'œsophage avec généralisation osseuse et cérébrale chez une malade atteinte d'herpétide exfoliative (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 2 Mai 1919).

LAIGNEL-LAVASTINE ET DU CASTEL. — Fracture spontanée, érythrodermie généralisée. Noyau néoplasique de la peau épigastrique (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 9 Mai 1919).

LENOIR ET AGASSE-LAFONT. — Cancer de l'Estomac. In *Traité de Médecine*, T. XIII, p. 446.

- LEREBOULLET. — Cancer du rectum. Noyau secondaire de la peau (*Société anatomique*, Juin 1899).
- LEVI Charles. — Gros nodules épithéliomateux de la peau, secondaires à un cancer de l'œsophage généralisé (*Société anatomique*, 1897, p. 701).
- LOEPER & TURPIN. — Le rôle du tissu conjonctivo-vasculaire dans les généralisations cutanées du cancer de l'estomac. (*Arch. Mal. app. digestif*, T. XIV, n° 4, Avril 1924).
- MAUNOURY. — Cancer de l'Estomac. Généralisations dans les os et dans les lymphatiques de la peau. Lymphangite pulmonaire. (*Société Anat.* Nov. 1875, p. 734).
- MENETRIER & GAUKLER. — Cancer de l'estomac, du canal thoracique et des ganglions sus-claviculaires gauches. Epanchement chyloforme des séreuses et généralisation cancéreuse par voie lymphatique cancéreuse (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 31 Octobre 1902).
- MENETRIER. — Le Cancer. *Traité de médecine* de Gilbert et Thoinot, 1908.
- MERKLEN. — Cancer de l'estomac généralisé. Noyaux cancéreux dans les viscères, les muscles et la peau. (*Soc. Anat.*, Juin 1876, p. 437).

MILIAN. — Tumeur de la fesse à cratères multiples, propagée du rectum. (*Revue française de Dermatologie et de Vénérologie*, 1^{re} année n° 10, Oct. 1925, p. 522).

MILLARD. — Valeur diagnostique des nodules de la peau. Discussion à propos de l'observation de Merklen. (*Soc. Anatom.*, Juin 1876).

MOUTIER & MARRE. — (*Arch. médic.* 1910).

NOBUYOSHI-SUZUKI. — *The Journ. of Cancer Research*. Vol. III, Oct. 1918, p. 357.

TROISIER. — Adénopathies sus-claviculaires. Connexions du canal thoracique avec les ganglions de l'angle sternoclaviculaire. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, p. 86, 88 et 97).

TROISIER. — *Thèse Paris*, 1874.

WICKAM-LEGG. — *St-Barkol Hosp. Rep.*, 1880, p. 251.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE ANT. GED
MARSEILLE
